

## Particolarità anatomiche in un secondo molare inferiore

**Parola chiave:** Morfologia canalare, studio rx preoperatoria, conoscenza anatomia canalare.

Lo studio dell'anatomia endodontica rivela una notevole variabilità morfologica sia nella forma che nel numero dei canali; è quindi di fondamentale importanza la sua conoscenza ma soprattutto dobbiamo studiare attentamente prima di iniziare un trattamento endodontico, le rx iniziali, per poter eventualmente risolvere positivamente situazioni particolari.

### Caso clinico

Paziente di 65 anni, giunta alla mia osservazione per un dolore riferito in zona molare inferiore dx durante la masticazione.

All'esame clinico si riscontrava una decisa mobilità del 47 con presenza di una tasca linguale di 7mm di profondità.

Inoltre la paziente mi riferì di essere soggetta a gonfiori sporadici, soprattutto lingualmente, risolti sempre mediante terapia antibiotica.

All'esame radiografico si evidenziava una lesione apico-periapicale, ed un processo carioso mesiale con interessamento del tessuto pulpare a carico del 47; in particolar modo l'attento studio dell'anatomia endodontica rilevava la presenza di una radice unica, con due canali distinti con probabile loro confluenza a livello del terzo apicale ed infine una radiocapacità a livello della camera pulpare (fig. 1).

Durante le prove di vitalità la risposta sia ai test termici che elettrici risultò negativa.

Dopo posizionamento della diga si passò all'apertura della camera pulpare con relativo son-

daggio canalare, constatando la presenza di un pulpolita e l'assenza di tessuto vitale; eseguita la rx per la misura della lunghezza di lavoro si evidenziò la presenza di un canale distale (22mm) e di un solo canale mesiale (20mm) presentando una curvatura distale nel suo terzo apicale, con relativo sbocco nel canale distale (fig. 2).

Il riscontro di una singola radice a livello dei secondi molari inferiori è del 20/25%; in questo particolare caso è stato prima

preparato il canale distale usando una tecnica mista, manuale ed ultrasonica, sondando dopo ogni passaggio anche il canale mesiale per evitare l'eventuale formazione di un tappo di dentina a livello del terzo apicale.

Si procedeva quindi alla preparazione del canale mesiale, avendo prima inserito nel canale distale ormai preparato, un cono

Fig. 1 - Radiografia preoperatoria.



2



di guttaperca tagliato a livello dell'imbocco canalare, per evitare la precipitazione di detriti dentinali del canale mesiale durante le procedure operative.

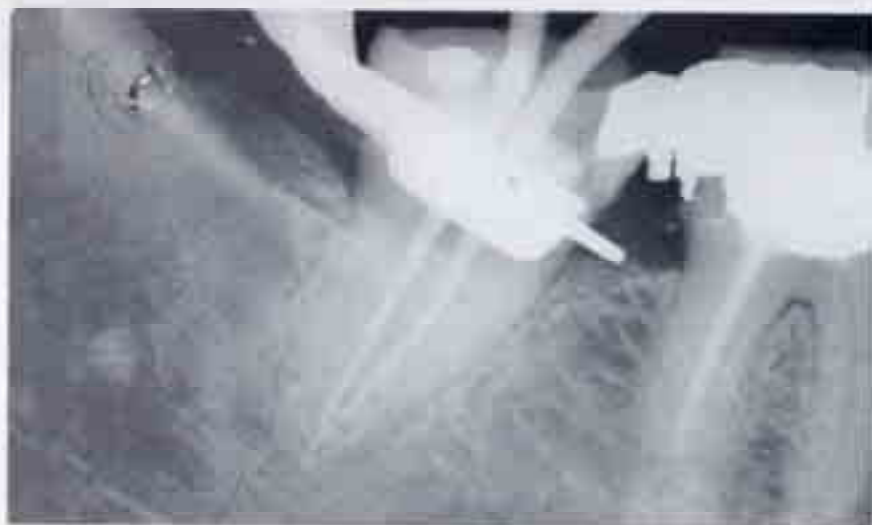
Ultimata la preparazione, i canali sono stati asciugati con coni di carta sterili constatando la presenza di una piccola sierosità a livello apicale; in questo caso si eseguì una medicazione intracanalare con idrossido di calcio e cemento provvisorio (IRM). La paziente fu rivista una settimana dopo, evidenziando dopo sondaggio parodontale la diminuzione della tasca linguale (mm3); dopo la rx prova coni (fig. 3) i canali furono ritrattati con strumentazione ultrasonica per 1 minuto e quindi asciugati. La chiusura canalare con relativa



Fig. 2 - Radiografia intraoperatoria. Misurazione lunghezza di lavoro.

Fig. 3 - Radiografia prova coni.

Fig. 4 - Radiografia finale di controllo.



5



6



condensazione verticale fu eseguita con coni di guttaperca non standardizzati e cemento endodontico (Pulp Canal Sealer).

All'esame radiografico (fig. 4) si evidenziò un particolare disegno anatomico del terzo apicale con la presenza di "ramificazioni" distali e di un canale secondario mesiale; vennero eseguiti controlli successivi, constatando oltre la scomparsa del dolore alla masticazione e la chiusura della tasca linguale, la guarigione della lesione apico-periapicale.

Controllo a 6 mesi (fig. 5).  
Controllo a 14 mesi (fig. 6).

## Conclusioni

Ritengo significativo riportare questo caso clinico, in apparenza semplice, per sottolineare ancora una volta come un attento esame delle rx intra e preoperatorie, possa indicare la giusta via per un corretto trattamento endo-

Fig. 5 - Radiografia di controllo a 6 mesi.

Fig. 6 - Radiografia di controllo a 14 mesi.

dontico.

In questo caso particolare, se i due canali (mesiale distale) fossero stati trattati contemporaneamente, non attuando alcuni piccoli accorgimenti tecnici ed inoltre senza un attento esame delle radiografie, con molte probabilità il nostro risultato finale sarebbe stato decisamente insufficiente.

## Riassunto

L'autore segnala un caso particolare di un secondo molare inferiore, dove, un attento studio delle rx ed una conoscenza dell'anatomia endodontica, ha permesso la soluzione del caso stesso.

## Summary

The Author report a particular case of one permanent mandibular second molar, where a detailed study of the rx and a knowledge of endodontic anatomy, permitted the solution of the same case.

## BIBLIOGRAFIA

1) Hess W.: Anatomy of the root canals of the teeth of the permanent dentition, 1st. ed. London: Bale and Demelsson, 1925.

2) Hartwell G., Bellizzi R.: Clinical investigation of in-vivo endodontically treated mandibular and maxillary molars. J. Endodon., 8:555-557, 82.

3) Kerekes K., Tronstad L.: Morphologic observations on the root canals of human molars. J. Endodontics., 3:114-118, 1977.

4) Ingle J. and Beveridge E.E.: Endodontics, Philadelphia, Lea and Febiger, 1976.

5) Pecchioni A.: Endodonzia. Manuale di tecnica operativa. Ica, 1981.

6) Robertson D., Leeb J., Mc Kee M., Brewer E.: A clearing technique for the study of root canal system. J. Endodon., 6:421-424, 1980.

7) Schilder H.: Cleaning and shaping the root canal. The Dental Clinics of North America 18: 269, 1974.

8) Slowey R. Ronald: Anatomia del canale radicolare. Una guida all'endodonzia riuscita. La clinica odontoiatrica del Nord America. Endodonzia. Volume 12 - Numero 1.

9) Vertucci F.J.: Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg., 58:589-599, 1984.

10) Weine F.S.: Endodontic therapy. 3rd ed. St. Louis: C.V. Mosby: 245-249, 1982.